MILIAIRE TUBERCULEUSE

Objectifs :

1) Connaitre la définition de la miliaire tuberculeuse.
2) Savoir poser le diagnostic de miliaire d’origine tuberculeuse.
3) Savoir traiter une miliaire tuberculeuse.

Plan du cours :

I- Définition

II- Intérêt du cours

III- Diagnostic positif

A/Tableau clinique

B/ Examen radiologique

C/ Bilan systématique

C/Autres examens complémentaires

IV/Diagnostic différentiel

V/Evolution

T/Traitement et prévention

I-Définition :

La miliaire tuberculeuse est une tuberculose disséminée qui atteint tous les organes et ne se limite pas aux poumons.

MILIAIRE: terme radiologique : opacités micro-nodulaires, nodulaires disséminés au niveau des deux champs pulmonaires .

II- Interet :

- Miliaire tuberculeuse : TBC aigue sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital .
- S'observe surtout chez l'enfant non vacciné.
- Urgence au traitement sans preuve. bactériologique.
- Importance de la prévention.

III-Diagnostic positif :

A/ Tableau clinique :

Tableau le plus souvent aigu :le plus souvent chez l'enfant

- A l'interrogatoire : -présence de notion de contage.

  - absence de vaccination BCG

Symptômes : - AEG

- Fièvre élevée
- Dyspnée (forme asphyxiante) avec cyanose

*S extrarespiratoires :

_ troubles digestifs : nausées
vomissements
diarrhée

_ céphalées

- L'examen physique retrouve :

_ le plus souvent un examen pleuro-pulmonaire pauvre ou un syndrome d'EPL.

Une hépatomégalie, splénomégalie et un syndrome méningé .

Raideur de la nuque et convulsions .

B/Radiographie thoracique standard :

Micronodules de 1à2 mm de diamètre tous de la même taille régulièrement répartis sur les deux plages pulmonaires de façon symétrique (aspect de grains de mil)

C/Autres examens complémentaires :

- IDR à la tuberculine
- Recherche de BK dans les crachats ou tubage gastrique : examen direct et culture

(forme paucibacillaire)

D/ Bilan systématique :

A la recherche d’une localisation méningée :

1) FO : Lésions caractéristiques : tubercules de BOUCHUT /: taches blanchâtres de 1à3 mm de diamètre, arrondies légèrement en relief plus ou moins œdème papillaire : CI de la ponction lombaire.
2) PL : examen du LCR : faite même en absence de syndrome méningé évident

Si méningite tuberculeuse :

Le liquide sera clair , riche en albumine > 1g/l Hyperalbuminorachie .

Riche en lymphocytes : 30 à 300 éléments

Recherche de BK et culture

3) Recherche de BK dans les urines : examen direct et culture
4) Si autres localisations évidentes : pleurale EPL à la radiographie (nécessitant une ponction biopsie pleural avec preuve ana-path)

V- Diagnostic différentiel :

- Devant une miliaire fébrile :

  _ virale

  _ staphylococcique

  _ carcinomateuse

* Devant une méningite à liquide clair :

Bactérienne décapitée

Virale

Méningite cryptococcique : sujet VIH

VI- Evolution :

Défavorable : en absence de traitement spécifique précoce , le pronostic vital est mis en jeu : immédiat et risque de séquelles : méningées

_ Favorable : si traitement adéquat non retardé.

VII/ Traitement :

1) Buts : - Sauver le pronostic vital.
- Stériliser tous les foyers infectieux.
- Eviter les séquelles.

2) Moyens :

- Mesures de réanimation spécifique :
  _ oxygénothérapie à fort débit 3-6 l/mn
  _ position demi-assise de sécurité
  _ voies d'abord
- TRT antituberculeux : même en absence de preuve bactériologique 2RHZE/4RH , avec corticothérapie à 0,5 mg/kg/j pendant 4semaines à dose dégressive.

3)Indications :

F.Asphyxiante :_ O2 rapie réanimation.
_ TRT antituberculeux.
_ TRT corticoide.

F simple : TRT antituberculeux seul.

4) Surveillance :

Clinique : - dyspnée et constantes vitales
- T° , TA , FC , FR

Signes d'intolérance : effets secondaires

5) Prévention : Vaccination BCG : Vaccin vivant atténué (PI artificielle)